

宮城病院【脳神経内科】新患予約申込用紙

送信日 年 月 日

国立病院機構宮城病院 地域医療連携室 宛

【電話番号】0223-37-1131 (代表)

【FAX番号】0223-37-5055 (直通)

【申し込み方法】

- ① 予約希望の場合は、地域医療連携室にお電話後、太枠内にご記入いただきFAXでお申し込みください。
- ② 予約申し込みの受付時間は、平日9:00～17:00です。予約後、予約票をお送りいたします。
※時間外、土日祝日のお申し込みについては、原則翌診療日の対応となります。
- ③ 診療情報提供書の内容により、予約にお時間をいただく場合があります。
※状況により、患者様と直接予約日の調整をさせていただくことがあります。
- ④ 予約日に、診療情報提供書をご持参いただくようお願いいたします。
※診療情報提供書がない場合は、初診時特定療養費（2,700円）がかかります。
- ⑤ 緊急を要する患者様は、主治医の先生から脳神経内科外来に直接ご連絡ください。

【紹介元情報】

医療機関名： ご担当医名：
 電話番号：
 FAX番号：

【患者様情報】

フリガナ		性別	生年月日			
氏名	様	男・女	明治・大正	年	月	日
			昭和・平成			才
主訴						
連絡事項など						

【宮城病院記入欄】※下記は記入しないでください。

予約日時	年 月 日 () :	ID		
担当医	() 医師	診療情報提供書の有無	有 ・ 無	
電話(患者)	()	当院受診歴の有無	有 ・ 無	
来院時の状態	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	当院受診時に入院の有無	入院中 ・ 入院なし	

独立行政法人 国立病院機構宮城病院 地域医療連携室
 〒989-2202 宮城県亶理郡山元町高瀬字合戦原100
 電話番号:0223-37-1131(代表) FAX番号:0223-37-5055(直通)



(H30.8月)